

**RENUNCIA A LA AUDIENCIA ADMINISTRATIVA DE DESCALIFICACION**

La información de carácter personal será usada solo por la administración directa de los programas de Asistencia Publica.

Usted tiene el derecho a una Audiencia Administrativa de Descalificación antes de cualquier acción tomada por el Estado de Wisconsin para descalificarlo y no recibir los beneficios que aplican; Wisconsin Works (W-2), Child Care Assistance o FoodShare Wisconsin. Si usted desea, puede renunciar a esta audiencia. La renuncia a la audiencia de descalificación resultara en lo siguiente:

**Si usted actualmente esta recibiendo W-2, usted:**

|   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Recibirá una (1) amonestación porque esta fue su primera violación. No hay periodo de descalificación. | <input type="checkbox"/> Recibirá dos (2) amonestaciones porque esta fue su segunda violación. No hay periodo de descalificación. | <input type="checkbox"/> Recibirá tres (3) amonestaciones y será permanentemente descalificado de su posición de empleo actual de W-2. |
|---|---|--|

**Si usted esta actualmente recibiendo Child Care Assistance, usted:**

|   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Recibirá una (1) amonestación porque esta fue su primera violación. No hay periodo de descalificación. | <input type="checkbox"/> Recibirá dos (2) amonestaciones porque esta fue su segunda violación. No hay periodo de descalificación. | <input type="checkbox"/> Recibirá tres (3) amonestaciones y puede ser descalificado de su elegibilidad de Child Care Assistance. |
|---|---|--|

**Usted será inmediatamente descalificado de FoodShare Wisconsin por:**

|   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Un (1) año porque esta fue su primera violación. | <input type="checkbox"/> Dos (2) años porque esta fue su segunda violación. | <input type="checkbox"/> Permanentemente porque esta fue su tercera violación. |
|---|---|--|

**Información Adicional**

|   |  |  |
|---|--|--|
| Sus pagos de W-2 terminaran a partir del _____. | Su Child Care Assistance terminara a partir del _____. | Sus beneficios de FoodShare terminaran a partir del _____. |
|---|--|--|

Si usted no esta recibiendo W-2 o Child Care Assistance ahora, usted será sujeto a las penalidades mencionadas anteriormente cuando usted vuelva a solicitar y sea elegible a los programas otra vez.

Si usted firma esta renuncia, debe también escoger una de las siguientes declaraciones para indicar si usted admite o no los factores como se presentaron anteriormente. Usted no tiene que admitir cualquier cargo. Usted tiene el derecho a permanecer en silencio en lo que a los cargos concierne, cualquier cosa que diga o firme puede ser usada en un tribunal de justicia.

- Admito los factores como se presentaron anteriormente y entiendo que una penalidad de descalificación será impuesta si firmo esta renuncia, incluyendo una reducción en beneficios durante el periodo de descalificación.
- No admito que los factores como se presentaron anteriormente estén correctos. Sin embargo, he decidido firmar esta renuncia y entiendo que resultara en una penalidad de descalificación, incluyendo una reducción en beneficios durante el periodo de descalificación.

El encargado del grupo familiar también debe firmar este acuerdo si usted no es el encargado del grupo familiar. El individuo acusado de esta violación intencional al programa, como también el resto de los miembros del grupo familiar, si hay, serán responsables de pagar la demanda que resulte.

**Esta renuncia firmada debe de ser enviada a la agencia W-2 o a la agencia de servicio humano o social de su condado/tribu que aparece abajo, no mas tarde del \_\_\_\_\_.**

|                                |                             |        |               |
|--------------------------------|-----------------------------|--------|---------------|
| W-2, agencia del condado/tribu | Numero Telefónico<br>(    ) |        |               |
| Dirección                      | Ciudad                      | Estado | Código Postal |

|   |                   |
|---|-------------------|
| <b>FIRMA</b> – Participante   | Fecha de la Firma |
| <b>FIRMA</b> – Encargado del Grupo Familiar (si es diferente que el participante) | Fecha de la Firma |